

## FINANCIAMIENTO Y ACCESO A LA SALUD EN EL DISTRITO DE CARTAGENA DE INDIAS

Nelson Alvis Guzmán

Con el propósito de cumplir el mandado constitucional de garantizar el derecho a la salud y la seguridad social a todos los colombianos, el Congreso de la República en 1993 promulgó la Ley 100, mediante la cual crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) orientado por los principios constitucionales de universalidad, solidaridad y eficiencia.

El SGSSS, que representa la mayor reforma en el Sector Salud emprendida en Colombia, determinó que todos los colombianos deberían estar obligatoriamente afiliados al sistema mediante uno de los regímenes establecidos: contributivo se refiere a las personas con capacidad de pago y subsidiado para los pobres. De igual modo planteó fuentes mixtas para el financiamiento de SGSSS: el aporte de los particulares representado en las cotizaciones de los asalariados y sus patronos y la de los trabajadores independientes, por un lado, y los aportes que el estado debe hacer, en concurrencia con la solidaridad de los cotizantes del régimen contributivo, a fin de lograr el financiamiento de los servicios de salud a las personas más pobres y vulnerables, mediante el otorgamiento de un subsidio.

Además, como uno de los antecedentes esgrimidos para el montaje del nuevo sistema era la gran dispersión de fondos, el SGSSS crea un único fondo (Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA-) en el cual debía depositarse todos los recursos destinados a financiar el sistema. Pero, ante los altos costos que implicaba el aseguramiento inmediato de toda la población colombiana, se estimó un periodo de transición (1993-2001) en el cual se lograría la incorporación de todos los colombianos al SGSSS y de contera todos los recursos debían colectarse en el FOSYGA desde donde se giraría una Unidad de Pago por Capitación (UPC) a las distintas aseguradoras: Empresas promotoras de Salud - EPS- para los afiliados contributivos y Administradoras del Régimen Subsidiado ARS- para los subsidiados.

El insumo básico para el estudio de la sostenibilidad financiera del SGSSS lo constituyó la encuesta CASEN (encuesta de caracterización socioeconómica) elaborada por el Departamento Nacional de Planeación en mayo de 1993. Sin embargo la información bruta contenida en dicha encuesta, necesitó de supuestos que permitieran proyectar los ingresos y egresos del SGSSS. Estos supuestos incluían el cálculo de los ingresos de los hogares colombianos durante el periodo de transición para el cual se asumió que el crecimiento económico del país, representado por la evolución del PIB, debía estar por encima del 3,5%, lo cual implicaba el crecimiento de los asalariados de 3,5% y de los independientes del 2,1% (Giedion U. Wüllner A, 1996). Además, se estimó, por parte del ministerio de salud, como salario promedio para el cálculo de la sostenibilidad financiera del SGSSS, 2,5 salarios mínimos. En tal sentido, el desempleo en Colombia, que para el año 93 era del 7,8% debía disminuir y el crecimiento económico que era de 5,3%, por lo menos mantenerse. Como puede observarse, las posibilidades de financiamiento de la afiliación al SGSSS son dependientes del comportamiento del empleo y del crecimiento real de los salarios. Sin embargo, no sucedió así, para el periodo de transición el país no solo no creció al ritmo esperado sino que la tasa de desempleo se multiplicó por tres y se deterioró el ingreso real de los hogares colombianos.

Esta situación condujo, no solo al estancamiento en la progresividad de afiliación al SGSSS sino a mantener, por lo menos el 40% de los colombianos por fuera del sistema. A esta población, que en su mayoría son pobres, el Ministerio de Salud les ha denominado **Vinculados** y el acceso a los servicios de salud debe hacerlo a través de la Red de Hospitales Públicos (Empresas Sociales del Estado) cuyo financiamiento depende de la transferencia de recursos, tanto por situado fiscal como por Ingresos Corrientes de la Nación, a los respectivos entes territoriales.

Para el caso de Cartagena de Indias, según el DADIS, en el año 2000 de los 949.897 habitantes del Distrito, el 58% de la población estaba sistematizada, de ésta el 37% (351.907 personas) pertenecían al Nivel 1 y 2 de los cuales el 39% (137.129) se encuentra afiliada a una ARS. La población vinculada para estos estratos de pobreza, es decir la que está por fuera del SGSSS, era del 61% de los pobres y del 22,6% de la población total.

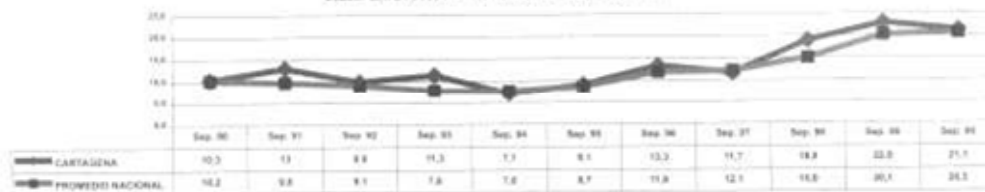
1. Médico y Cirujano, Magister en Salud Pública, Ph.D. (Cardiología), Profesor Asistente, Investigador del Departamento de Investigaciones Económicas y Sociales de la Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Cartagena.

Es de preguntarse entonces ¿cómo acceden los pobres vinculados de Cartagena al sistema de salud?, ¿Cómo se financia la prestación de sus servicios? ¿Con cuanto dinero cuenta el Distrito para tal fin?

Responder estas preguntas implica reconocer que el acceso a los servicios de salud por parte de las personas pobres no afiliadas al SGSSS, depende esencialmente de cuatro factores: a) la cobertura de afiliación de pobres al Régimen Subsidiado, b) la disponibilidad de recursos por parte del ente territorial, los cuales

proviene de transferencias por ingresos corrientes y situado fiscal prioritariamente, además de los que por esfuerzo propio éste asigne, c) la eficiencia de los hospitales públicos, la cual como mínimo se medirá por el hecho de estar abiertos y prestando servicios, y d) un cuarto factor es la tendencia de la pobreza, es decir no solo el número de pobres sino la manera como el desempleo y la precarización del empleo afectan los ingresos del hogar y por tanto la disponibilidad de recursos para gastar en salud.

GRÁFICA 1  
DESEMPEÑO EN COLOMBIA Y CARTAGENA DE INDIAS 1991 - 2000



FUENTE: DANE

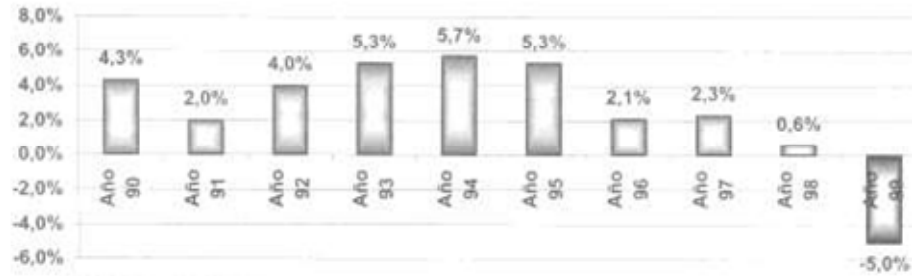
Revisemos como se comportan estas variables en el distrito de Cartagena de Indias.

La Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada por el DANE en 1997, revela que el 57.19% de la población colombiana está cubierta por la seguridad social, el 37.63% por el régimen contributivo y el 19.56% por el régimen subsidiado. Respecto a la afiliación al Régimen Subsidiado en Cartagena de Indias, como ya lo hemos comentado, solo el 39% de los pobres de Cartagena están afiliados a una ARS, lo que equivale al 13.88% de la población total.

Con relación a la disponibilidad de recursos destinados a atender a la población pobre (vinculada) no afiliada a SGSSS, esta pueden analizarse observando la tendencia de transferencias por situado fiscal e ingresos corrientes. Aunque en términos corrientes tales recursos parecerían haberse incrementado, en términos reales (pesos constantes de 1994), tales recursos se redujeron en cerca de un 40%. Esta reducción en la disponibilidad de recursos condujo a una pérdida igual de la disponibilidad per cápita de los mismos (ver gráfica 3). Aunque la tendencia de reducción del per cápita es menor que la de la totalidad de los recursos, esto se debe al aumento de cobertura de régimen subsidiado.

Dados los respectivos valores de UPC definidas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para el año 2000, se puede afirmar que en la ciudad de Cartagena de Indias, como en el resto del país, existen tres tipos de poblaciones: a) los afiliados al SGSSS mediante el régimen contributivo para quienes el SGSSS disponen de cerca de 120 dólares per cápita al año para atender su salud, y que reciben un Plan Obligatorio de Servicios (POS) el cual, salvo algunas excepciones de procedimientos estéticos y otros, contiene la mayoría de los servicios; b) los afiliados al régimen subsidiado para quienes el SGSSS disponen de cerca de 64 dólares, y que tienen derecho a un POS de menor tamaño que cubre parcialmente los servicios; y c) por último, la población pobre no afiliada al SGSSS, para la cual, en el caso del Distrito de Cartagena, se dispone de 38 dólares per cápita para atender sus problemas de salud, y que supuestamente tendría derecho a todos los servicios a través de la Red Pública de Hospitales. Esto constituye una grave situación de inequidad frente a la distribución de los recursos, no solo al interior del sistema sino dentro del marco de transferencias que la nación hace a los entes territoriales. Aquí hay que preguntarse ahora, ¿con la evolución del per cápita para los vinculados en la ciudad de Cartagena, tendrán acceso efectivo a todos los servicios?

GRAFICA 2,  
CRECIMIENTO DEL PIB EN COLOMBIA 90 - 99



FUENTE: PLAN COLOMBIA

Esta situación es coincidente con los resultados de estudios realizados por el Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud, en donde se estimó el per cápita para la población pobre del país distribuido por departamento (ver cuadro) en los que se revela una media de \$165.011.00 para los 24 departamentos estudiados entre ellos el de Bolívar que presenta un per cápita de \$81.660 siendo sólo superado por el Magdalena como el peor. Es decir Bolívar y su capital Cartagena de Indias el de peor comportamiento están ubicados en situación de marginalidad frente a la distribución de los recursos destinados a la salud pues sólo reciben menos de la mitad del per cápita del promedio nacional. Esta aberrante situación de inequidad, coloca a esta región en desventaja estructural frente al resto del país hacia el logro de metas propuestas por el SGSSS.

Con relación al tercer factor, la eficiencia de los hospitales públicos, se puede decir que la constante en la red de hospitales de Cartagena a partir de 1995, ha sido la crisis para su financiamiento independiente de sus condiciones de eficiencia, lo cual ha llevado que entre 1995 y 2000 la red hospitalaria hubiese estado físicamente cerrada por

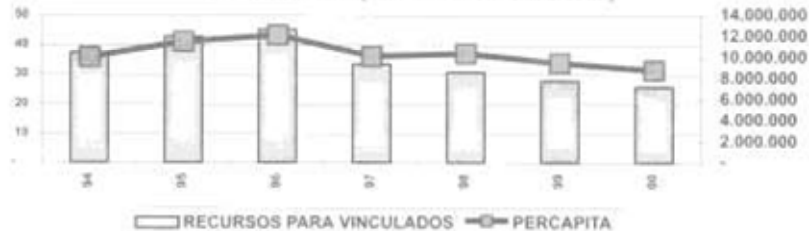
espacio de cerca de 6 meses (al agregar todos los periodos de cese de actividades en la prestación del servicio) esto sin contar el cierre de camas hospitalarias, como el caso del Hospital Universitario de Cartagena que redujo en cerca de un 30% su disponibilidad de camas. Es importante resaltar que la transferencia efectiva de recursos a estos hospitales se ha reducido efectivamente, dada la reducción en la disponibilidad de los mismos por parte del distrito

Por último, el desempleo y la precarización del empleo en el distrito de Cartagena de Indias, marcan una tendencia de pauperización de los hogares. (ver figura 1)

Al conjugar estas variables, la resultante en el análisis cualitativo, es una pérdida progresiva por parte de los pobres vinculados de Cartagena de Indias, de la capacidad de acceder a servicios de salud de manera oportuna y por lo menos con los estándares de calidad dispuestos para los afiliados al SGSSS. Esto se constituye claramente en una situación de inequidad.

FUENTE: Cálculo del autor a partir de datos de UMACRO DNP2000

GRAFICA 3.  
RECURSOS PARA FINANCIAR LA SALUD DE LOS VINCULADOS. CARTAGENA  
DE INDIAS 94 - 00 (EN MILES DE PESOS CONSTANTES DE 1994)



DEPARTAMENTO	PER CÁPITA POBRE NO AFILIADO
QUINDÍO	391,619
CUNDINAMARCA	289,004
META	201,448
LA GUAJIRA	188,243
CESAR	176,242
HUILA	169,023
BOGOTÁ	166,163
VALLE	165,011
SANTANDER	163,714
RISARALDA	152,988
NARINO	137,245
CALDAS	134,545
ATLÁNTICO	126,905
BOYACÁ	124,446
CAQUETA	120,507
TOLIMA	119,388
CHOCÓ	107,476
CAUCA	106,415
SUCRE	103,495
N.SANTANDER	94,697
CÓRDOBA	85,615
ANTIOQUIA	84,231
BOLÍVAR	81,660
MAGDALENA	79,705
<b>PROMEDIO</b>	<b>165,011</b>

Fuente: Programa de Mejoramiento de los Servicios de Salud Ministerio de Salud 2000.

**¿Qué hacer frente a esta situación?**

Es indudable que de continuar esta tendencia, no sólo se agravará la situación de desigualdad de los pobres de Cartagena respecto a sus posibilidades de acceso a los servicios de salud, sino que la administración Distrital se verá cada vez más abocada a un colapso en su capacidad de respuesta frente al deber de garantizar el acceso a la salud a las personas más pobres y vulnerables. En tal sentido, es perentorio que se diseñen nuevas estrategias encaminadas a dos propósitos:

1. Incrementar la disponibilidad de recursos per cápita para atender los vinculados en el distrito.
2. Mejorar los estándares de eficiencia en el uso de los recursos disponibles para tal fin.

**Disponibilidad de Recursos**

Respecto al primer objetivo se plantean entre otras las siguientes estrategias:

**Standares de Eficiencia**

- Es necesario mayor participación en las transferencias, procurando corregir las desigualdades en el acceso a la salud de los habitantes del distrito de Cartagena de Indias.

- De igual modo, el Consejo Distrital de Cartagena es responsable de las asignaciones que de recursos propios se destinan para el sector salud. En tal sentido en la aprobación del nuevo Plan de Desarrollo y por ende del Plan Plurianual de Inversiones, debe quedar claro como atender esta situación en las respectivas apropiaciones presupuestales. De manera que se necesitan decisiones audaces por parte de los concejales respecto al uso de los recursos destinados a la inversión social en los próximos tres años.

Respecto al segundo propósito de mejorar la eficiencia en el uso de los recursos, se pueden plantear entre otras, las siguientes estrategias:

- Se debe crear, organizar y ponerse en funcionamiento el Sistema Distrital de Salud, el cual debe ser mucho más que un agregado de instituciones y debe estar orientado por los principios de Integración funcional y eficiencia respecto a la prestación de servicios en todos sus niveles de atención.
- El DADIS debe sumir su papel de director y ente coordinador del Sistema a fin de que realizados los respectivos estudios técnicos se defina una verdadera Red Hospitalaria en todos los niveles de atención y un adecuado Sistema de Referencia y Contrarreferencia que integre a los sectores público y privado a fin de optimizar el uso de los recursos destinados a garantizar la salud de los cartageneros.
- Se debe replantear la estrategia de transferencias de recursos a los hospitales, con quienes se deben concertar planes de desarrollo institucional que les permitan ser más eficientes en términos sociales y económicos. Es de anotar, que el presente estudio no analiza los costos ineficientes de los hospitales públicos, lo cual agrava aún más la situación.
- El DADIS, como apoyo técnico, debe orientar las políticas institucionales de los hospitales públicos y en concurrencia con planeación Distrital, presentar proyectos ante el Fondo Nacional de Regalías, con el propósito de mejorar la infraestructura física y tecnológica de los hospitales, centros y puestos de atención y a la vez construir y poner en funcionamiento el Laboratorio de Salud Pública del Distrito, que le permita servir de observatorio de los cambios en materia de salud y mantenga la vigilancia y control del perfil epidemiológico.
- De igual modo el DADIS, debe disponer de un Sistema de Información que integre los datos de cobertura, calidad y eficiencia en el uso de los recursos y los convierta en información insumo para la toma de decisiones. Esto permitirá no solo fortalecer el sistema de vigilancia y control, sino

excluir las posibilidades de evasión y elusión en el régimen contributivo, la doble afiliación al SGSSS y los subsidios cruzados, es decir, asignación de subsidios a personas con capacidad de pago. Invertir en este sentido es plantear un proyecto con una alta tasa de retorno en términos de eficiencia del uso de los recursos en salud. Debe entonces actualizarse el SISBEN, aplicándolo técnicamente y definir la tasa de inmigración que determine el flujo de desplazados, cuyos costos de salud asume el distrito sin que se estimen claramente sus fuentes y montos de financiamiento.

- La participación de la comunidad debe ser un eje que atraviese los escenarios de decisiones, a fin de incorporar al ciudadano como actor y a la comunidad como decisor de la política pública de salud del distrito.

Por último, queda claro que el problema no sólo es de financiamiento, ubicando fuentes y usos de recursos, sino de voluntad política combinadas con decisiones técnicas que optimicen la aplicación de los recursos y mejoren la calidad de vida de los pobres de Cartagena de Indias.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Alvis G. Nelson. El Régimen subsidiado de la Seguridad Social en Salud. "Un salto al Vacío". Universidad de Cartagena. 1.996.
2. Alvarado E. El Régimen Subsidiado de Salud. Bogotá: Fundación CREER; 1998.
3. GIEDION, Ursula , WÜLLNER, Andrea. La Unidad de Pago por Capitación y el Equilibrio Financiero del Sistema de Salud. Estudio elaborado por FEDESARROLLO. Santa Fe de Bogotá. 1996. p.22
4. Gallardo H, Camacho M. La evasión en el sistema de salud de Colombia. *Vía Salud*; 1998.
5. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia. La puesta en marcha de la ley 100. 3ª edición. Tercer Mundo Editores, Santafé de Bogotá; 1997.
6. Londoño JL, Beltrán LU, Redondo H, Granados M. Opinión de los actores del SGSS. En: *Revista Hospitalaria-ACHC*. Santafé de Bogotá; Octubre de 1999.2(7):3-14.
7. Montoya A, Estrada A. Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de los servicios de salud en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia; 1999.